N° 18

DE

L'OPHTHALMIE

SYMPATHIQUE

APPRÉCIATION DES DIVERS TRAITEMENTS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 20 MARS 1886

par

S. CHEVALIER

Né à Bagnols-les-Bains (Lozère)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

—

1886

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... DOYEN
GRASSET..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Clinique médicale	MM. DUPRÉ (✲ C. ✲).
Anatomie	BENOIT (O. ✲ ✲).
Clinique médicale	COMBAL (✲ ✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	CAVALIER (✲).
Physique médicale	MOITESSIER (✲).
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et pharmacie.	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale.	PLANCHON (✲✲).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale.....	TÉDENAT
Opérations et appareils.....	GRYNFELTT
Pathologie externe (Chargé du cours)...	CHALOT.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✲ ✲).

Profess.: honor. MM. MARTINS (O. ✲).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN (✲), agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. GARIMOND	MM. CARRIEU	MM. REGIMBEAU (✲)
JACQUEMET	MAIRET	BLAISE
GAYRAUD	CHALOT	BAUMEL
DE GIRARD	BIMAR	VILLE
SERRE	MOSSÉ (✲)	GRANEL

M. F.-J. BLAISE, *secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. JAUMES, *président ;*
TÉDENAT, professeur ;
JACQUEMET, agrégé ;
SERRE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

S. CHEVALIER.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

S. CHEVALIER.

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JAUMES

Notre travail comprend les divisions suivantes:

1° De l'ophthalmie sympathique;

2° Traitement. — Appréciation des divers procédés;

3° Statistique des résultats;

4° Conclusions.

Je vais donc marcher hardiment; et si, dans le cours de ce travail, il m'échappe quelque idée peut-être un peu exagérée, je prie mes Juges de me la pardonner et de m'accueillir avec leur bienveillance accoutumée.

DE

L'OPHTHALMIE SYMPATHIQUE

APPRÉCIATION DES DIVERS TRAITEMENTS

CHAPITRE PREMIER

DE L'OPHTHALMIE SYMPATHIQUE

L'ophthalmie sympathique est l'ensemble des troubles trophiques ou fonctionnels provoqués dans un œil par un traumatisme qui a intéressé son congénère, ou par une maladie qui l'affectait tout d'abord. Avec intention nous parlons d'affections spontanées, car aujourd'hui le champ délimité par Mackenzie s'est considérablement agrandi de tous côtés ; le traumatisme, on le sait, n'est plus la seule cause de la maladie qui fait le sujet de notre Thèse inaugurale. C'est à Demours que revient l'honneur d'avoir signalé le premier l'ophthalmie sympathique; en 1818, il faisait paraître son *Traité des maladie des yeux*, dans lequel il s'exprime en ces termes : « Il est d'autant plus nécessaire d'apporter la plus grande attention aux suites d'une forte contusion ou d'une blessure faite à l'un des yeux, que, dans plusieurs cas, on a

partie est sans doute, dans l'état naturel des choses, le tractus uvéal ; mais une autre partie peut se trouver exceptionnellement dans des conditions telles qu'elle devienne la plus sensible, un *locus minoris resistentiæ*, et l'irritation sympathique est pour ainsi dire attirée sur cette partie. »

Causes prédisposantes. — Ici, comme dans toute autre maladie, il faut admettre une prédisposition individuelle, mot bien vague sans doute, mais souvent employé. En effet, des observations nombreuses nous montrent des corps étrangers, ayant élu domicile depuis longtemps dans la zone ciliaire, s'y enkyster sans produire la moindre inflammation. Pamard, d'Avignon, cite un malade dans l'œil duquel séjourna plus de quinze ans un corps étranger, sans trouble dans la vision du second œil. Pourquoi cette immunité chez certains, alors que la plus légère contusion procure quelquefois des accidents sympathiques chez d'autres? Les faits de ce genre sont loin d'être rares. L'âge, le sexe, n'exercent aucune influence; l'œil droit n'est pas plus souvent le siége des accidents que le gauche.

Causes traumatiques. — L'introduction d'un corps étranger dans l'œil est la cause qui produit l'ophthalmie sympathique de la manière la plus sûre et la plus fréquente. Elle occupe donc la première place. De la région blessée découle la gravité de la lésion, la prompte apparition des accidents. La zone ciliaire est sans contredit la plus facilement impressionnable, et les dangers en sont bien plus grands, relativement à ceux qui découlent de la blessure, soit du cristallin, soit même de la rétine ou de la choroïde. Les blessures de la région ciliaire, nous l'avons déjà dit, sont plus dangereuses à cause des tiraillements, du tissu cicatriciel qui se forme tout autour de l'irido-cyclite qu'elles déterminent.

L'iridodésis, opération pratiquée autrefois et fondée sur l'incarcération de l'iris dans une plaie cornéenne, a été une cause fréquente de l'ophthalmie sympathique. Un tiraillement continu s'exerce sur le

corps ciliaire et les nerfs qu'il contient. Mooren le considère comme très-redoutable et le résume en quelques mots : « Le danger grandit en proportion directe de la traction que l'iris incarcéré dans la cornée exerce sur le corps ciliaire. »

L'opération de la cataracte par abaissement a occasionné de nombreux désastres, et des statistiques déplorables ont été dressées par Mooren. Lorsque la lentille nage dans le corps vitré, les accidents ne se produisent pas; pour peu qu'elle se dirige vers la chambre antérieure, elle presse sur les crêtes ciliaires, irrite les nerfs de la région, et l'ophthalmie sympathique se déclare. Bien que la méthode nouvelle, l'extraction, généralement adoptée aujourd'hui, ne mette pas complétement à l'abri des accidents de ce genre, on peut dire cependant qu'elle est bien moins meurtrière. Nous traiterons les accidents de la prothèse dans un chapitre spécial, où nous devons comparer les diverses méthodes employées pour remédier à la lésion qui fait l'objet de notre étude.

Causes spontanées. — Depuis Mackenzie, qui n'admettait que le traumatisme comme cause première de l'ophthalmie sympathique, la question est entrée aujourd'hui dans une voie toute nouvelle ; il n'est plus d'auteur qui nie l'influence des affections spontanées, bien que toutefois ces dernières aient élu domicile dans la science après de vives protestations. La phthisie du bulbe, l'irido-cyclite, l'irido-choroïdite, donnent lieu aux mêmes accidents que le traumatisme; il en est de même des staphylomes, qui, d'après Mooren, « agissent non-seulement par traction, mais par l'effet purement mécanique que le cristallin refoulé en avant exerce sur les crêtes ciliaires. Ils forment donc la transition des influences de traction aux désordres intérieurs qui proviennent du cristallin lui-même, aussitôt qu'il change de place. » L'hydrophthalmie, le glaucome, les décollements rétiniens, les tumeurs de toute nature, peuvent produire la sympathie.

PATHOGÉNIE

Une question plus ardue que l'étiologie a été discutée de tout temps. Les anciens croyaient avoir tout expliqué quand ils avaient dit : *consensus oculorum*. Aujourd'hui cette explication n'est plus suffisante, et la théorie ancienne est tombée dans l'oubli le plus complet. D'après Mackenzie, la propagation a lieu par le nerf optique principalement, ou bien par les nerfs ciliaires et les vaisseaux. Bientôt après, Muller prouva que le nerf optique est complétement atrophié et remplacé par un cordon fibreux alors que les accidents sympathiques éclatent ; les nerfs ciliaires, au contraire, conservent en partie leur structure et leur aspect normal.

On pourrait donc conclure de là que le nerf optique dégénéré n'était plus l'agent sympathisant, mais bien les nerfs ciliaires relativement sains. D'après Reclus, « toutes les expériences et toutes les observations convergent pour prouver l'influence trophique du trijumeau, abstraction faite de tout rameau accessoire ou de toute anastomose venue d'un autre nerf. » Le tractus uvéal malade, les terminaisons des nerfs ciliaires sont irritées et s'enflamment.

Dans un compte rendu lu en 1885 à la Société d'ophthalmologie de Londres, M. Hutchinson prétend que l'ophthalmie sympathique serait due à la présence dans le sang d'un agent morbifique qui déterminerait certaines lésions des tissus analogues à ceux dans lesquels il a pris naissance. Ce serait plutôt une affinité élective qu'une propagation de l'inflammation. Cette hypothèse, vivement combattue par certains, soutenue par d'autres, est passible, croyons-nous, de plusieurs objections sérieuses. Nous ne nous permettrons pas de l'apprécier ; tel n'est pas le but que nous nous sommes proposé.

SYMPTOMES

Rien n'est plus variable que le temps qui s'écoule entre les affections du premier œil et le développement de l'ophthalmie sympathique. De même qu'on a vu les accidents éclater le deuxième ou le troisième jour, de même des moignons atrophiés sont restés indolores pendant bien des années, et subitement se sont enflammés.

Nous verrons que ces différences de temps sont en rapport avec la nature de la lésion. Les traumatismes, quels qu'ils soient, les enclavements de l'iris, les corps étrangers du tractus uvéal, déterminent les troubles les plus rapides ; le temps délimité par Mackenzie était de quatre à six semaines. L'ophthalmie réflexe spontanée a des limites bien moins sûres ; on ne sait jamais si l'on est réellement à l'abri.

Ce que l'on peut dire cependant, c'est que les troubles à distance n'apparaissent jamais pendant la période aiguë. Il faut que l'œil sympathisant soit en partie détruit avant d'avoir une fâcheuse influence sur son congénère. La présence de leucomes adhérents, de synéchies, de cataractes pierreuses, l'épaississement du tractus uvéal, sont seuls de mauvais augure.

Les premiers symptômes observés sont du blépharospasme, de la photophobie, du larmoiement. Mais, comme le dit Reclus, « il est bien » peu d'organes dans l'économie qui aient une solidarité fonction- » nelle égale à celle des yeux ; il n'est donc pas étonnant que la » moindre perturbation retentisse sur l'autre : il y a par conséquent » des phénomènes sympathiques qui mériteraient presque le nom de » physiologiques. » En général, la vue baisse graduellement, et tel objet qui paraissait tout d'abord un peu louche devient tous les jours plus obscur ; c'est de l'amblyopie, qui peut aller jusqu'à complète amaurose. La vision peut disparaître, pour reparaître bientôt. Exami-

nés à l'ophthalmoscope, les divers milieux de l'œil ne permettent pas d'expliquer ces troubles. Dans la forme irritative grave, les névralgies sont intenses, les irradiations partant de l'œil sympathisant sont très-douloureuses, le blépharospasme et le larmoiement constants. Si à ce moment-là l'énucléation est pratiquée, peut-être toute trace d'inflammation disparaîtra. Les diverses formes de l'ophthalmie sympathique ont une marche bien différente. Les unes détruisent l'œil très-lentement, et ce n'est que longtemps après que les accidents apparaissent; les autres, au contraire, ravagent l'œil dans quelques heures.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC DE L'OPHTHALMIE SYMPATHIQUE

D'après Critchett, l'ophthalmie sympathique est annoncée par un épaississement de l'iris, qui devient dur, coriace, rigide ; des tractions assez énergiques ne parviennent pas à le déchirer. Les dépôts plastiques sont plus abondants, dépôts qui viennent bientôt combler la moindre plaie faite à l'iris. Ces règles données par Critchett sont d'une valeur médiocre et ne permettent pas de diagnostiquer les accidents réflexes. Les antécédents d'abord, les phénomènes actuels ensuite, devront être pris en sérieuse considération. En effet, les traumatismes, et particulièrement ceux qui intéressent la zone ciliaire, les affections spontanées qui tiraillent l'iris et le corps ciliaire, passeront en première ligne et pourront à eux seuls faire soupçonner l'ophthalmie sympathique. Quelquefois, pour ne pas dire souvent, l'œil primitivement malade, que l'on soupçonne être la cause directe des accidents sympathiques, s'enflamme, rougit, alors qu'il était resté pendant longtemps privé de vie ; depuis de longues années, on le croyait incapable de quoi que ce soit. Au premier trouble fonctionnel, dès la première poussée aiguë du moignon, le signal d'alarme est donné; on doit être prêt à faire face au danger que vient confirmer quelquefois le point douloureux de De Græfe, symptôme important que Mooren dit n'avoir jamais vu manquer. Un autre symptôme caractéristique, dit-il, « est le changement qui s'opère dans la sécrétion de l'humeur aqueuse, et par suite agglutination indélébile entre l'iris et le corps ciliaire. »

La gravité du pronostic dépend principalement de la forme de l'ophthalmie sympathique, de la période à laquelle elle se trouve. On peut

dire qu'il est : 1° favorable dans la forme irritative ; 2° grave dans l'iritis séreuse ; 3° très-grave dans l'irido-cyclite et l'irido-choroïdite.

CHAPITRE II

TRAITEMENT

APPRÉCIATION DES DIVERS PROCÉDÉS

A l'époque où l'ophthalmie sympathique n'était pas connue comme elle l'est aujourd'hui, une série de moyens impuissants étaient recommandés pour la combattre : belladone, mercure à haute dose, cataplasmes, sangsues, etc. Mackenzie, ayant vite constaté l'inutilité de ces divers moyens en pareille occurrence, eut l'idée de détruire par des caustiques quelconques le globe oculaire primitivement malade. Après avoir reconnu un peu plus tard que les caustiques donnaient de très-mauvais résultats, Mackenzie suivit l'exemple de Barton, de Manchester, qui enfonce un couteau de Beer à travers la pupille et le cristallin ; il excise un lambeau étendu de cornée, applique un cataplasme et ordonne en même temps une bonne dose de laudanum. Le cristallin et l'humeur vitrée s'échappent et livrent passage au corps étranger, qui, dans quelques cas cependant, reste à demeure durant quelques jours, et est retrouvé après sur le cataplasme ou bien dans le sac conjonctival.

Serres, de Montpellier, croyant que l'inflammation d'un œil pourrait avoir une influence heureuse sur la marche de la maladie de son congénère, osa porter une aiguille à cataracte sur la rétine d'un œil sain, quand l'autre était amblyopique; il n'obtint aucun succès.

Comme nous pourrons le voir dans la suite, une foule de procédés

ont été conseillés pour conjurer l'ophthalmie sympathique; bien que la divergence de ces procédés paraisse quelquefois très-grande, le but a toujours été le même: supprimer par un moyen quelconque l'œil primitivement atteint, source de tous les accidents. Bien avant que Mackenzie dût définir l'ophthalmie sympathique (1844), Wardrop, à l'exemple des vétérinaires, proposa la destruction du globe sympathisant. La lutte fut grande, et enlever un œil pour préserver l'autre paraissait une chose bizarre. On se demanda si un autre moyen moins cruel en apparence ne remplirait pas le même but, si une opération plus incomplète ne pourrait pas donner le même résultat.

Du reste, à l'époque actuelle, nous voyons tous les jours des malades à qui l'on propose l'ablation d'une tumeur, par exemple, demander s'il n'y a pas d'autres moyens de guérison plus inoffensifs.

Nous exposerons brièvement tous les procédés; nous ferons ressortir la valeur de l'énucléation sur les divers autres modes de traitement; nous la comparerons surtout à deux nouvelles opérations préconisées pour la remplacer : l'exentération et l'éviscération du globe oculaire.

Méthodes diverses. — Exiger le repos le plus complet d'un organe malade est, sans contredit, la première précaution à prendre. Cette indication s'adresse en général à tous les organes; l'œil est un de ceux qui la comportent le mieux. Si, malgré cela, l'inflammation se déclare, on a recours aux antiphlogistiques ordinaires: frictions à l'onguent mercuriel belladoné, sangsues autour de l'orbite et aux apophyses mastoïdes. L'iridectomie, moyen plus énergique, a été proposée; employée par beaucoup de chirurgiens, elle a donné des résultats déplorables dans l'irido-cyclite plastique, où la brèche faite à l'iris s'est rapidement comblée. Dans l'irido-cyclite séreuse, cette même opération a eu des résultats moins fâcheux, surtout lorsque la tension de l'œil était grande. Après Wardrop, qui, dans son opération que nous avons citée, a imité les vétérinaires, de Græfe proposa la destruction du globe oculaire en passant un fil de laine au travers de la cornée, séton qui amenait la fonte purulente de l'œil.

D'après lui, ce procédé ne détermine jamais l'olphthalmie sympathique. Malgré ces protestations, légitimes du reste de la part d'un inventeur qui ne voit bon que son procédé, cette opération est laissée de côté à cause du retentissement qu'elle peut avoir sur l'encéphale, la phlébite qu'elle peut déterminer. En 1834, Barton, de Manchester, adopta la pratique de Wardrop, mais remplaça le fil de laine par une incision de la cornée, incision qui lui permettait d'enlever le cristallin et le corps vitré, Watson ampute le segment antérieur de l'œil, opération qui semble revenir en honneur presque sous la même forme : l'exentération. En 1874, Verneuil préconise « l'occlusion permanente des paupières par la blépharorraphie » ; cette opération lui aurait amené la guérison dans deux cas. Elle peut, dit-il, rendre de grands services, surtout au début des accidents. « Il est d'autant plus disposé à l'employer que, sur six énucléations, il a eu un cas de mort par phlegmon de l'orbite et méningite diffuse, un tétanos à marche chronique heureusement terminé, et des abcès volumineux de la paupière supérieure.»

Puisque la transmission de la maladie d'un œil à l'autre se fait par l'intermédiaire des nerfs, il n'y a qu'à supprimer ces nerfs. On peut donc dire que la conaissance de la pathogénie a donné le jour à une foule de méthodes qui, en somme, diffèrent peu les unes des autres. On a proposé et appliqué la névrotomie optique, la section des ciliaires dans l'intérieur du globe oculaire. Les résultats sont publiés en assez grand nombre, c'est vrai, mais il est bien difficile de se prononcer sur le compte de ces opérations : sur 50 névrotomies vues par Mooren, le mieux n'a été que passager. Watson, après avoir pratiqué la section des nerfs ciliaires, a été obligé de recourir à l'énucléation, qui, dit Reclus, « remplace tous les autres procédés, et que nul autre ne peut remplacer. »

De l'Énucléation du globe oculaire. — Prichard, de Bristol, fut le premier qui tenta l'énucléation du globe oculaire, poussé à cette manœuvre par les insuccès nombreux des autres méthodes. Malgré

son admiration pour cette opération, malgré tout ce qu'il put faire pour décider les chirugiens de tous les pays à l'accepter, elle fut longtemps confondue avec l'évidement complet de la cavité orbitaire. Les désastres de cette dernière retenaient les chirugiens ; et, malgré le procédé de Bonnet, de Lyon, plusieurs années s'écoulèrent avant que son discrédit eût cessé.

Aujourd'hui, telle n'est pas la manière de voir ; en France, où la chirurgie a toujours été guidée par dame Prudence, on a essayé de formuler les cas dans lesquels elle est nécessaire. Nous gardons un juste milieu ; et, sans tomber d'un côté dans ces extravagances dont on accusait les énucléateurs en Angleterre, sans se livrer d'un autre à une timidité coupable, une juste mesure est observée.

Nous étudierons l'énucléation préventive, l'énucléation curative, les contre-indications de l'une et de l'autre, les résultats obtenus.

Enucléation préventive. — Les traumatismes, les lésions spontanées, produisent soit immédiatement, soit à la longue, des accidents sympathiques, la chose est prouvée ; d'un autre côté, il est quelquefois impossible d'enrayer le mal quand les accidents apparaissent dans l'œil sain. Peut-on, par une opération, prévenir ces dangers ? Il s'agit d'abord de savoir si l'opération elle-même n'expose pas le patient aux mêmes dangers que l'ophthalmie et si elle met définitivement à l'abri des troubles réflexes. Sans doute, une opération, pour si bénigne qu'elle soit, peut être suivie de complications très-graves ; des opérations de complaisance ont eu de tout temps des résultats fâcheux. Ce sont de minces arguments, et l'on doit s'en rapporter aux statistiques. Verneuil cite six énucléations de sa pratique personnelle qui lui ont donné : une mort, un cas de tétanos chronique et des abcès de la paupière supérieure.

Peu d'opérations sont aussi bénignes que celle qui nous occupe : sur 207 cas de Vignaux, la mort est notée deux fois, et l'énucléation ne doit pas seule être incriminée. Le premier a trait à une femme qui avait eu déjà plusieurs attaques de paralysie, le second à un vieillard

de quatre-vingt-un ans, convalescent d'un érysipèle. Plusieurs spécialistes, Mooren, Drausart, Lawson, Abadie, Meyer, Galezowski, proclament l'énucléation comme une des opérations les plus simples de la chirurgie ; peu d'accidents la compliquent. Les adversaires de l'énucléation préventive se demandent quels en sont les avantages. Peut-être, disent-ils, enlève-t-on au patient un œil qui pourrait lui servir plus tard ; peut-être l'ophthalmie sympathique n'apparaîtrait pas. Ils citent à l'appui de nombreuses observations où, ayant traité la maladie par les remèdes ordinaires, elle n'a pas eu de retentissement sur l'œil sain. Pour donner du poids à leur argumentation, il faudrait prouver que l'ophthalmie réflexe est parfois survenue malgré l'énucléation.

Sauf des cas de prothèse mal faite, cet accident est fort rare. Le malade, nous dira-t-on, oppose parfois une résistance opiniâtre ; il est bien rare qu'il ne finisse pas par accepter, si on lui retrace le tableau effrayant de la maladie, les graves conséquences qui en découlent: cécité complète pour le reste de ses jours. Un moignon insuffisant offrira de grandes difficultés pour la prothèse ; à moins que l'on n'ait affaire à une personne du sexe faible, pour lequel il faut toujours avoir des ménagements et éviter le plus possible les difformités, la prothèse est toujours suffisante. Nous avons vu dernièrement une dame, affectée d'un staphylôme opaque de l'œil droit qui lui causait de vives souffrances, ne pas accepter l'énucléation à cause du trop grand délabrement qu'elle nécessite ; elle consentait tout au plus à perdre la partie antérieure de son œil.

On peut résumer en deux mots les avantages de l'énucléation préventive: c'est une opération bénigne et efficace. De Græfe a dit souvent : « Faites plutôt dix énucléations inutiles que d'assumer la responsabilité d'une seule cécité. » Voici comment s'est exprimé Warlomont, d'abord au congrès de Londres en 1872, et puis à celui de Genève en 1877 : « Il n'est pas de question plus grave, plus digne de fixer l'attention du médecin, que celle de la conduite à tenir dans les cas où, un œil étant détruit par le traumatisme ou par une autre cause, son congénère se trouve sous la perpétuelle menace, tacite ou déjà expri-

mée, l'ophthalmie sympathique. De la détermination qui sera prise dépendra, la plupart du temps, soit la sécurité absolue du patient, soit une existence tout entière traversée par des accès douloureux, des suspensions d'étude ou de travail, des perplexités résultant de la crainte, trop légitime, d'accidents consécutifs, dont la cécité est le dénoûment possible. L'irrésoution du médecin, les répugnances instinctives, mais non justifiées, du patient, peuvent avoir ici les plus graves conséquences. »

Contre-indications à l'opération. — Comme nous l'avons déjà dit, la chirurgie française, beaucoup moins hardie et hasardeuse que celle d'autres pays, et conservatrice quand même, trace des règles desquelles on doit s'écarter le moins possible. On s'accorde aujourd'hui à reconnaître que l'énucléation ne doit pas être faite lorsque l'œil conserve encore une certaine acuité visuelle, ou pourra en récupérer à l'aide d'une opération. Il ne faut pas, pour éviter une perte possible, s'infliger une perte certaine.

Du reste, l'œil sain n'est pas à l'abri d'accidents ultérieurs. Quand un moignon atrophié est absolument indolore de lui-même, que la pression ne réveille aucune sensation désagréable, il doit être respecté par la chirurgie ; l'opération ne doit être pratiquée que tout autant que la difformité est trop apparente et que le malade veut à tout prix s'en débarrasser. On ne doit, dans ces cas-là, faire une opération de complaisance qu'à la dernière extrémité.

Indications. — Elle est indiquée au contraire dans les grands traumatismes, dans les blessures de la région ciliaire, dans les désorganisations complètes du bulbe, quand les fonctions de l'organe sont complétement abolies. Comme les traumatismes, les lésions spontanées de l'œil peuvent imposer l'énucléation ; les inflammations du tractus uvéal, les moignons atrophiés douloureux à la pression, l'hydrophthalmie, le glaucome douloureux, les staphylômes antérieurs volumineux, les leucomes adhérents, les tiraillements de l'iris, nécessitent l'opération. On peut résumer brièvement les indications de l'énucléation par

une des conclusions discutées au congrès de Genève : « Quand un œil vient d'être détruit par une cause traumatique et que tout espoir d'y voir subsister ou revenir un degré de vision utile est perdu, c'est rendre un service immense au blessé que de l'en débarrasser séance tenante, par l'énucléation avec anesthésie. On lui épargne les suites immédiates du traumatisme, l'ophthalmitis, les longues suppurations. On le rend, pour ainsi dire, du jour au lendemain à ses travaux ; il est dans d'excellentes conditions pour recevoir bientôt une coque artificielle dont le port sera inoffensif, et on le préserve à coup sûr des accidents consécutifs. Quand il y a des raisons de croire que le globe blessé renferme quelque corps étranger, l'indication de l'énucléation est plus impérieuse encore. »

Enucléation curative. — Une fois que les accidents ont éclaté, que le second œil est plus que menacé et qu'il commence à ressentir les effets fâcheux de la maladie de son congénère, les indications de l'énucléation ne sont plus les mêmes, et le chirurgien hésite souvent pour savoir quel est le parti à prendre. La première question qu'il doit se poser est celle-ci : l'œil à extirper possède-t-il encore une certaine acuité visuelle ou non ? On comprend sans peine la portée d'un pareil jugement. Si, malgré l'opération, l'œil sympathisé se perd, on enlève au malade, avec l'œil sympathisant, la seule chance de vue qui lui restât ; d'un autre côté, une temporisation coupable a souvent amené la cécité. Lorsqu'on est sûr de ne pas avoir affaire à de simples troubles fonctionnels, que l'inflammation est bien sous la dépendance du premier œil, l'énucléation doit être faite sans retard. La détermination à prendre est souvent facile, le moignon étant douloureux, les tiraillements du corps ciliaire étant violents.

Avantages de l'énucléation. — Dans les cas de phlegmon de l'œil survenant après un traumatisme accidentel ou opératoire, l'énucléation est non-seulement indiquée, mais généralement acceptée par les malades, qui, en proie à d'horribles souffrances, sacrifient facilement

l'objet de douleur. Lorsque ce globe ne sera plus que le siége d'une irritation chronique, leur assentiment sera plus difficile à obtenir. Rarement, c'est vrai, la panophthalmie a déterminé des troubles réflexes ; de Græfe, qui ne l'avait jamais observée, l'expliquait par la destruction des nerfs ciliaires. Cependant il existe des cas, signalés par Ledoux et Rossander, où l'ophthalmie sympathique a été uniquement engendrée par la panophthalmie. L'énucléation donne une sécurité complète contre les accidents réflexes ; de plus, elle supprime sur-le-champ les douleurs, qu'aucun traitement n'aurait fait disparaître aussi rapidement ; elle n'exige qu'un traitement consécutif des plus simples et des plus courts. Un globe phlegmoneux qui n'est pas extrait continue sa marche douloureuse, quelquefois pendant fort longtemps. Plus tard, si le malade veut remédier à son infirmité par une coque artificielle, il est obligé de se soumettre à une nouvelle opération. Quand le phlegmon est dans sa période aiguë, l'inflammation, occupant déjà les graisses de l'orbite ou la gaîne du nerf optique, aura beaucoup plus de chance de rétrograder si l'énucléation est faite. En admettant qu'on ait une terminaison fatale, on ne peut guère accuser l'énucléation, puisque dans les autres cas elle est si bénigne. L'état général est toujours amélioré par l'énucléation ; on ne peut donc pas lui reprocher d'affaiblir le malade. Elle donne les meilleurs résultats dans les cas de gliome de la rétine, de sarcome de la choroïde, de la sclérotique, du corps ciliaire.

L'espoir que l'ophthalmie sympathique n'éclatera pas retient quelquefois le malade ; il accepte alors difficilement l'énucléation. Le chirurgien doit s'efforcer de lui faire comprendre que la sécurité n'est ni durable, ni certaine, et que la moindre cause peut réveiller des douleurs, signe précurseur de l'ophthalmie sympathique. Un œil n'est jamais assez détruit, assez mort, pour qu'à un moment donné ses éléments ne soient pas capables de réaction. La pensée que l'énucléation pourra triompher de l'ophthalmie réflexe déclarée peut être une cause de temporisation de la part des malades. C'est une erreur, une illusion dans laquelle on doit les empêcher de se bercer ; elle éclate

quelquefois avec tant de rapidité que l'énucléation est impuissante à l'arrêter. Plusieurs cas sont relatés où l'énucléation, pratiquée vingt-quatre heures après le début des accidents, n'empêcha pas le second œil d'arriver à une cécité complète et incurable. Le danger du traumatisme est si faible, qu'il ne doit pas être une cause de non-opération. L'énucléation est bénigne et ne met pas en danger la vie du patient.

Inconvénients de l'énucléation. — Si elle a de grands avantages, elle a aussi quelques inconvénients. La coque artificielle exige des soins minutieux de propreté; elle doit être renouvelée à peu près tous les ans, dépense sérieuse pour certains malades. Matin et soir, le patient est obligé de laver sa coque, qui lui rappelle son infirmité. C'est, croyons-nous, un petit inconvénient auquel il doit s'habituer avec facilité; d'un autre côté, cette même coque lui rappelle que c'est grâce à elle qu'il y voit. Si pendant quelque temps il néglige de porter l'œil artificiel, la cavité orbitaire se rétrécit, des brides se forment, des végétations apparaissent, et la pose de la coque est impossible sans une nouvelle opération. Sans doute le procédé de Critchett ou l'exentération donnent un moignon plus fort, condition qui doit restreindre l'inconvénient dont nous venons de parler. Les malades se plaignent quelquefois d'épiphora. L'œil détermine, chez les uns, une certaine gêne, quelquefois même de la douleur; si la chose existe après l'énucléation, à plus forte raison après l'exentération, où le moignon est en contact plus immédiat avec la face postérieure de la coque. Les personnes qui, pour une raison ou pour une autre, ne portent pas de pièce artificielle, ont quelquefois de l'entropion; les cils irritent la muqueuse et provoquent une légère inflammation chronique. Ces reproches de détail peuvent être adressés aux autres opérations qui aspirent à remplacer l'énucléation.

Nous allons exposer rapidement le manuel opératoire qui nous paraît réunir le plus d'avantages.

Procédé de Bonnet, de Lyon.—Le malade étant couché et anesthésié, on saisit un pli de la conjonctive près de la cornée, au-dessus de l'insertion du muscle droit interne ; on l'incise avec des ciseaux courbes, et, en glissant la pointe des ciseaux sous la conjonctive, on débride largement le tissu cellulaire sous-jacent. Puis on introduit un crochet à strabisme sous l'insertion musculaire, et l'on coupe le tendon à une petite distance de la sclérotique ; cela fait, on continue la section de la conjonctive, toujours près de la cornée, jusqu'au plus prochain muscle droit, que l'on détache également de la sclérotique, et ainsi de suite jusqu'à ce que les quatre muscles droits soient coupés. On saisit le globe oculaire à l'aide de pinces assez fortes, que l'on applique à la sclérotique, près de l'extrémité tendineuse des muscles droits interne ou externe ménagés dans ce but, et, tout en tirant autant que possible l'œil vers le côté externe et en avant, on glisse avec les ciseaux fermés le long du grand oblique, jusqu'auprès du nerf optique, que l'on coupe par un coup de ciseaux. Le nerf optique coupé, il est très-facile de luxer le globe de l'œil et de le détacher complétement des muscles obliques. L'hémorrhagie consécutive est insignifiante, et le pansement se fait au moyen du bandeau compressif. Au bout de quelques jours, la cicatrisation est généralement terminée.

PROCESSUS DE LA GUÉRISON

Généralement l'hémorrhagie est très-faible, et pas n'est besoin de bourrer l'orbite de charpie ou de coton. Un simple pansement compressif suffit très-bien; si quelques gouttes de sang viennent souiller, le jour même, les pièces extérieures de ce pansement, une compression un peu plus forte, faite avec une nouvelle bande appliquée par-dessus, en aura facilement raison.

Dans l'espace de six à dix jours, la guérison est ordinairement complète. Des granulations se développent, et la conjonctive est attirée de la périphérie vers le centre. C'est elle qui formera le moignon pour la prothèse; étant l'aboutissant des muscles droits, il en résulte la possibilité de mouvements coordonnés de l'œil artificiel avec ceux de l'œil sain.

De la Prothèse. — L'emploi d'un œil artificiel a surtout pour but de diminuer la difformité choquante qui résulte, soit d'un œil fortement altéré par la maladie, soit de l'absence de l'œil dans l'orbite. En dehors de cet avantage, il maintient les paupières, facilite l'écoulement des larmes, empêche le rétrécissement consécutif de l'orbite, l'enfoncement et l'atrophie des paupières, l'inversion des bords palpébraux, qui souvent irritent péniblement le sac conjonctival. Facilitant l'écoulement des larmes, cet œil artificiel empêche l'épiphora et ses suites fâcheuses. Les meilleures conditions de prothèse sont remplies par un moignon assez volumineux pour que la face postérieure concave de l'émail s'appuie en autant de points que possible sur la conjonctive bulbaire. Quand on a pratiqué l'extirpation du globe de l'œil et du tissu orbitaire, la pièce artificielle ne jouit d'aucune mobilité. Dans l'énucléation, alors que l'on a conservé les muscles et la

capsule, la mobilité est assez grande et le sac conjonctival suit, au moins en partie, l'œil sain dans les mouvements qu'il exécute.

Observation première

INÉDITE ET PERSONNELLE

Staphylôme pellucide de l'œil gauche. — Irritation sympathique de l'autre œil. — Énucléation. — Guérison.

Darnis, âgé de soixante-dix ans, habitant Narbonne, est atteint de cataracte aux deux yeux. La lésion a débuté par l'œil gauche; elle commence à envahir l'œil droit. Le 9 novembre 1885, l'extraction est pratiquée à Toulouse; la cicatrisation de la plaie cornéenne n'a pas lieu et il se forme un staphylôme pellucide. Dans les premiers jours de février, souffrant horriblement de cet œil, qui ne lui donne plus la moindre sensation de lumière, le malade entre à l'hôpital St-Éloi, salle St-Jean, lit n° 2, dans le service de M. le professeur Dubrueil. Douleurs péri orbitaires très-violentes; dans l'espace de huit jours, la vue a considérablement baissé dans l'œil sain.

Après anesthésie, le 18 février 1886, l'énucléation est pratiquée par le procédé de Bonnet, de Lyon : pas d'hémorrhagie, pas de complication opératoire. On ne met rien dans l'orbite. Pansement de Lister. Une coupe antéro-postérieure de l'œil est pratiquée : on trouve sur la rétine de petites hémorrhagies.

18 février. — Temp.: soir, 38°.

19. — A souffert un peu de l'œil sain, mais surtout du moignon. T.: matin, 37°; soir, 37°2.

20. — T.: matin, 37°; soir, 37°1. Légère douleur.

21. — Un peu de gonflement des paupières. Cataplasmes.

22. — Douleur moins vive. Cataplasmes.

24. — Va mieux; œdème des paupières a diminué. N'a pas souffert. Cataplasmes.

25. — Œdème a presque entièrement disparu. Très-peu de pus. On supprime les cataplasmes. Compresse avec de la vaseline.

26. — Le malade est guéri. Les parties périphériques de la conjonctive gagnent le centre. Nous prions le malade de chercher à regarder dans tous les sens: en haut, en bas, en dehors, en dedans. Le moignon les suit exactement et la prothèse sera excellente, si le malade veut porter un œil artificiel.

La vision revient dans l'œil droit, malgré une cataracte commençante qui obstrue une partie du champ visuel.

De l'Exentération du globe oculaire — Il y a quelques mois à peine, Græfe, de Halle, proposait sous le nom d'exentération une opération nouvelle appelée, d'après lui, à remplacer l'énucléation. Quelques désastres dus à cette dernière ont ému certains auteurs et les ont poussés à remplacer par une opération plus bénigne celle qui, je crois, n'est meurtrière qu'en apparence et pour un observateur peu attentif.

Remplacer celle-ci par une opération qui offre les mêmes avantages sans exposer aux mêmes dangers, tel est le but que Græfe s'est proposé dans l'exentération, but qu'il croit avoir atteint. Si l'on établit un parallèle entre l'énucléation et l'exentération, on voit que les avantages de la seconde sur la première n'existent que dans l'imagination de l'inventeur, si ce n'est au point de vue de la prothèse. Sans doute, la coque fibreuse laissée par la sclérotique supporte mieux un œil artificiel qu'une cavité qui s'affaisse tous les jours. C'est là un bien petit avantage, si l'on n'est pas sûr de mettre le malade à l'abri de l'ophthalmie sympathique.

Les avantages de l'exentération sont, croyons-nous, peu nombreux. Bien qu'on n'ait pas encore une foule de cas à citer, on peut dire que l'exentération doit avoir en général des suites bénignes. « Cette opé-

ration, dit M. le professeur agrégé Serre (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 11 juillet 1885), donne lieu à un traumatisme excessivement limité, qui n'entraîne après lui aucun danger. Les voies lymphatiques qui mettent en communication l'orbite et la cavité crânienne sont respectées. On n'ouvre point l'espace de Ténon, ni surtout l'espace intervaginal. » Quelle est l'opération qui n'entraîne avec elle aucun danger? Il est impossible d'en citer une, quelle qu'elle soit. L'ouverture des voies lymphatiques dont nous venons de parler, de l'espace de Ténon, de l'espace intervaginal, ne doit pas être bien grave, puisque dans l'énucléation, où on ne la respecte pas, les suites sont très-bénignes.

L'exentération donne-t-elle de sérieuses garanties contre le développement de l'ophthalmie sympathique? Le but de cette opération est de vider complétement le globe oculaire, de supprimer toutes les membranes, tous les filets nerveux, la région ciliaire, la choroïde, la rétine, les nerfs ciliaires, éléments qui sont à eux seuls le théâtre de la pathogénie de cette affection. Le but est tel sans doute, mais on peut très-bien ne pas l'atteindre.

Dans la *Gazette hebdomadaire* du 13 juin, M. le professeur agrégé Serre dit: « Nous procédons alors au second temps de l'opération. Avec une curette mousse, nous essayons d'évider l'intérieur du globe oculaire, mais nous ne ramenons rien. La choroïde est fortement adhérente et ne se laisse pas détacher. Nous prenons alors une curette tranchante de Wolkmann, et nous détachons morceau par morceau les membranes internes de l'œil. Ce curage de la cavité oculaire est extrêmement douloureux et arrache des cris au malade. A un moment donné, des lambeaux de la membrane irido-choroïdienne font saillie entre les lèvres de la plaie sclératicale; nous les excisons. A plusieurs reprises, nous introduisons le petit doigt dans l'intérieur du globe, et nous sentons des inégalités à la partie inférieure et interne, restes de membranes. Nous plongeons la curette à plusieurs reprises, nous les ramenons au dehors. Nous parvenons ainsi à évider complétement la cavité oculaire, mais non sans avoir pris beaucoup de peine. » Cette

manœuvre, on le voit, réclame quelquefois une certaine habileté de la part du chirurgien. A part cela, quand on a affaire à des adhérences aussi intimes que celles qui sont relatées dans le cas actuel, il n'est pas impossible qu'on laisse en place des restes de membranes, des filets nerveux qui, plus tard, pourront se réveiller et retentir sur l'œil sain. Même dans une opération à ciel ouvert, dont le champ est plus large, on se demande quelquefois si tous les tissus douteux sont enlevés ; à plus forte raison lorsqu'il est restreint comme dans l'opération actuelle, où il faut avoir de vrais doigts d'accoucheur pour pénétrer dans le globe et se rendre compte des tissus intéressés ou non par la maladie. L'énucléation dispense de manœuvres aussi délicates et aussi minutieuses.

Le plus grand avantage qu'il faut lui reconnaître, c'est de fournir un très-bon moignon pour la prothèse. Les muscles étant parfaitement conservés, les mouvements sont presque normaux. Dans les cas de tumeur maligne, elle doit être complétement laissée de côté ; elle ne permet pas de dépasser les limites du mal, comme l'énucléation ou l'évidement de la cavité orbitaire.

Manuel opératoire. — Le manuel opératoire est facile à exécuter. Un écarteur automatique, des pinces à dents de souris, un couteau de Græfe, des ciseaux droits et courbes, une curette tranchante de Wolkmann, du catgut, des aiguilles courbes : voilà les instruments nécessaires. L'antisepsie doit être rigoureusement observée ; l'œil doit être préalablement lavé avec une solution de sublimé à 1 pour 3,000. L'opération doit être pratiquée sous le spray, l'anesthésie préalable ; une irrigation continue de liquide antiseptique doit être faite sur le champ opératoire. On saisit la conjonctive avec des pinces à dents de souris, et on la dissèque circulairement autour de la cornée dans une étendue de 2 à 3 millimètres. Puis on ponctionne la sclérotique à 1 ou 2 millimètres du limbe sclérotico-cornéen. Avec des ciseaux courbes que l'on introduit dans cette plaie, on détache un anneau étroit de sclérotique. On introduit alors la curette de Wolkmann et on gratte la

face interne de la sclérotique. Il faut procéder alors à la suture. Græfe conseille de saupoudrer préalablement la plaie avec de l'iodoforme. On passe successivement les aiguilles de haut en bas, dans les lambeaux supérieurs et inférieurs de cette membrane. On applique un pansement antiseptique légèrement compressif.

Observation II

PERSONNELLE

Éclat de chaux dans un œil. — Perte de la vision. — Accidents sympathiques sur l'autre. — Exentération. — Guérison.

Le nommé Burgata, âgé de soixante ans, entre le 5 novembre 1884 à l'hôpital St-Eloi, salle St-Eloi. Il y a longtemps, éclat de chaux dans l'œil; perte de la vision. Depuis cette époque, plusieurs poussées inflammatoires ont éclaté dans cet œil. Actuellement il est très-rouge. Exentération le 8 novembre.

9. — Vomissements; pièces de pansement salies et imprégnées d'un liquide séro-sanguinolent. Plaie grisâtre. T.: soir, 37°5.

10. — Temp.: mat., 36°6; soir,37°.Les vomissements ont cessé. Paupière supérieure un peu boursouflée. Malade n'a pas souffert.

12. — Rougeur de la paupière supérieure a diminué. Très-peu de pus. Plaie grisâtre. Apyrétique.

14. — Plus d'œdème de la paupière supérieure. La suppuration semble s'établir de nouveau.

16. — Assez grande quantité de pus. Cautérisation au nitrate d'argent.

Les jours suivants, tout va bien, et le malade est complétement guéri le 1er décembre.— Le 3, on applique un œil artificiel, qui est très-bien supporté.

Cette observation a déjà été publiée par M. le professeur agrégé Serre, mais elle ne nous en est pas moins personnelle.

Observation III

INÉDITE

(Communiquée par M. le docteur Thau)

Madame F..., trente ans. Staphylôme antérieur total de l'œil gauche, saillant entre les paupières. La malade désire qu'on ne lui enlève pas entièrement l'œil. Il reste donc à choisir entre l'opération de Critchett et l'exentération du globe oculaire.

L'exentération est pratiquée le 30 janvier dernier. Anesthésie par le chloroforme. Toutes les cinq minutes, instillation d'une solution au 5 % de chlorhydrate de cocaïne.

Malgré le chloroforme et la cocaïne, la malade paraît souffrir beaucoup pendant l'opération. Poudre d'iodoforme dans la cavité sclérotical, après avoir arrêté l'hémorrhagie et s'être bien assuré que tout le contenu du globe oculaire est bien enlevé. — Un point de suture au catgut, réunissant la sclérotique au milieu et comprenant la conjonctive.

Pansement antiseptique avec une solution phéniquée. Céphalalgie qui dure toute la journée. Le lendemain, le mal de tête persiste et la malade vomit tout ce qu'elle prend. Les paupières sont assez gonflées. Le même état persiste quatre jours après l'opération. — Il faut dire que la malade était fréquemment atteinte de crises nerveuses avant l'opération. Elle est soumise au bromure; le pansement est renouvelé tous les jours. Le huitième jour, le gonflement a presque disparu, la conjonctive est cicatrisée. Le bandeau est enlevé et remplacé par un bandeau flottant.

Le quinzième jour, l'œil artificiel peut être essayé : il est très-mobile et parfaitement supporté par la malade.

Observation IV

INÉDITE

(Communiquée par M. le docteur Thau)

Staphylôme total de la cornée de l'œil droit avec menace de rupture. — Strabisme convergent de l'organe.

Mme S... tient à se débarrasser de la difformité de l'œil droit, qui lui occasionne des souffrances. Elle va consulter M. le docteur Thau, qui pratique l'exentération.

La malade est chloroformisée. Bien que l'anesthésie soit poussée assez loin, la malade donne, pendant l'opération, les signes d'une assez vive souffrance. L'opération terminée, on met un peu d'iodoforme dans la coque sclératicale, et un point de suture comprenant la sclérotique et la conjonctive est placé comme dans le cas précédent. — Le pansement antiseptique fut appliqué et renouvelé tous les jours. Il n'y eut pas de gonflement des paupières comme dans le cas précédent, ni de vomissements. La malade souffrit de la tête et de l'œil pendant quatre ou cinq jours. Le boursouflement de la conjonctive disparut peu à peu.

Au bout de dix jours, la malade partit passer huit jours chez elle. A son retour, tout gonflement avait disparu ; le restant de la sclérotique formait un moignon très-mobile, recouvert par la conjonctive. L'œil artificiel jouissait de mouvements assez étendus et était assez bien supporté.

Eviscération du globe oculaire.— Le 12 mars 1885, M. Muler,

de Manchester, a lu à la Société d'ophthalmologie de Londres un mémoire sur l'éviscération du globe oculaire, qu'il pratique de la manière suivante: Après avoir désinfecté la conjonctive au moyen d'une solution de sublimé au millième, il enlève la cornée, puis tout le contenu de l'œil, de façon à ne laisser en place que la sclérotique, dont il nettoie soigneusement la face interne. Il incise ensuite cette membrane entre l'insertion du droit inférieur et celle du droit interne, introduit dans sa cavité une boule de verre qui y reste en permanence, et réunit enfin les bords de l'incision au moyen de quelques points de suture. Selon l'auteur, l'éviscération doit être pratiquée de préférence à l'énucléation, en cas d'affection sympathique de l'autre œil. La boule de verre est bien tolérée, et la fixation d'un œil artificiel donne d'excellents résultats au point de vue plastique. Comme on le voit, cette opération n'est qu'une exentération compliquée d'une boule de verre. Au point de vue de l'opération en elle-même, nous ne nous permettrons pas d'engager la discussion, puisque nous venons de le faire. La boule de verre introduite dans la sclérotique est un corps étranger ; il est donc bien difficile de croire qu'elle s'enkyste sans entraîner le moindre accident : suppuration, défaut de cicatrisation, etc. En admettant que l'opération n'ait pas été complète, qu'il soit resté dans la cavité quelques débris de membranes, quelques ramifications nerveuses, la boule de verre est faite assurément pour presser d'une manière constante sur ces débris et être le point de départ de l'ophthalmie sympathique. Peut-être n'aurait-elle pas éclaté si cette pression n'avait pas existé. Nous ajouterons donc cet inconvénient à ceux de l'exentération.

Opération de Critchett.— Critchett, qui applique principalement son opération aux staphylômes de la cornée, traverse la base du staphylôme avec des aiguilles courbes assez fines, armées chacune d'un fil. Ces dernières laissées en place, il fait au niveau du muscle droit interne une incision horizontale de quelques millimètres. Il circonscrit alors par deux incisions semi-elliptiques tout le staphylôme. Le cris-

tallin et le corps vitré sont évacués; les aiguilles sont retirées et les fils noués. « Au point de vue de la prothèse, il est évident que le moignon formé par un œil atrophié est préférable à celui que laisse un œil enlevé même avec conservation de l'aponévrose et de la conjonctive; mais, en somme, l'énucléation a l'avantage de ne pas laisser place aux inflammations dont un œil atrophié peut être le siége, et qui peuvent retentir d'une manière fâcheuse sur son congénère. » (Dubrueil, *Médecine opératoire,* 75). On reproche de plus à l'opération de Critchett de laisser à chaque extrémité de la cicatrice transversale deux petites cornes fort gênantes pour la prothèse. Elle est passible des mêmes reproches que les opérations précédentes.

CHAPITRE III

STATISTIQUE DES RÉSULTATS

Sur 36 cas publiés par Reclus (thèse d'agrégation, Paris, 1878), 26 énucléations ont donné :

17 guérisons complètes,
5 améliorations notables,
4 pertes de la vue.

Dans les 10 autres cas, 4 fois le traitement a été nul, 4 fois il ya eu cécité. Dans 3 cas, le traitement n'est pas connu, le résultat non plus. Une iridectomie suivie d'extraction de la cataracte donne une récupération d'une partie de l'acuité visuelle. Enlèvement de l'œil artificiel qui enflammait l'orbite (2 cas) : guérison.

Sur 207 cas d'énucléation publiés par Vignaux, voici comment sont réparties les suites du traumatisme opératoire :

Suites simples	185 fois.
Hémorrhagie	8
Erysipèle.	1
Tendance au phlegmon de l'orbite .	6
Phlegmon de l'orbite	4
Phlegmon de la paupière supérieure	1
Mort	2

« Aux 207 cas, dit Vignaux, précédemment relatés, nous pouvons

ajouter une nouvelle série de 30 cas de M. le professeur Gayet, plus de 50 à 55 autres énucléations pratiquées dans les divers services de Lyon par MM. Létiévent, Fochier, Daniell Mollière, chirurgiens des hôpitaux. Ces derniers cas, portant le chiffre de l'énucléation à près de 300, n'ont pas été recueillis en observation; néanmoins nous pouvons affirmer que, dans aucun d'eux, il n'est survenu de complications pouvant mettre un seul instant en danger la vie des opérés. »

Ces statistiques se passent de commentaires ; inutile donc de démontrer d'une autre manière la bénignité de l'énucléation.

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS

1° Le procédé employé pour prévenir l'ophthalmie sympathique doit être aussi radical que possible, conservant néanmoins certaines parties utiles à la prothèse.

2° Un seul peut remplacer tous les autres, et nul autre ne peut le remplacer: c'est l'*énucléation.*

3° L'énucléation est une opération inoffensive; on peut la classer parmi les plus bénignes. Suivie d'une prompte guérison, elle donne un moignon mobile qui peut imprimer des mouvements à un œil artificiel.

4° Elle doit être pratiquée dès que l'indication se présente, même quand elle est incertaine; elle porte preque toujours sur un organe difforme inutile.

5° L'*exentération* est de trop fraîche date pour être exécutée dans les cas où l'ophthalmie réflexe est à craindre. L'avantage du moignon qu'elle donne ne compense pas le danger que l'on fait courir au malade. La prothèse est largement suffisante après l'énucléation bien faite, c'est-à-dire dans laquelle les insertions musculaires sont conservées.

6° Cette opération ne peut être employée que dans un nombre très-restreint de cas; elle doit être laissée de côté pour les tumeurs malignes. Elle ne permet pas de dépasser les limites du néoplasme.

7° L'*éviscération* a un inconvénient de plus: la boule de verre qui, à elle seule et par une pression constante, peut déterminer les troubles réflexes, ou tout au moins retarder la cicatrisation.

8° L'*opération de Critchett* est passible des mêmes objections; de plus, la cicatrice qu'elle laisse est gênante pour la prothèse.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abadie. — Traité des maladies des yeux. Paris, 1876.

Bérard. — Annales d'oculistique. 1844.

Bonnet (de Lyon). — Aponévroses de l'œil. Énucléation. Traité des sections tendineuses. Lyon, 1841.

Charcot. — Leçons sur les maladies du système nerveux.

Demours. — Traité des maladies des yeux. 1818.

Desmarres. — Traité des maladies des yeux. Paris, 1857.

Dubrueil. — Traité de médecine opératoire. 1875.

Galezowski. — Sur les Blessures de l'œil et leurs conséquences (*Gazette des hôpitaux de Paris*, 1870). — Traité des maladies des yeux. 1874.

Reclus. — De l'Énucléation dans le traitement de l'ophthalmie sympathique. Paris, 1878.

Serre (St-H.). — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier. 1885.

Vignaux. — De l'Ophthalmie sympathique. Thèse de Paris, 1877.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 11 mars 1886.
Le Doyen,
A. CASTAN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 mars 1886.
Le Recteur de l'Académie,
correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!